

**ТЕРАПИЯ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА  
В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА ПО  
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕХАНИЗМА  
ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ В 2003 ГОДУ**

*Лысенко И. М., Рябова Т. М.*

Цель исследования - изучение порядка назначения антибактериальных препаратов у детей с пневмониями и бронхитами в инфекционном отделении раннего детского возраста ВОДКБ в условиях нового механизма хозяйствования.

В период с 1.01.2003 по 1.01.2004 г. в отделении пролечено 748 детей в возрасте от 8 месяцев до 3 лет. Структура заболеваний:

ОРВИ с гипертермическим синдромом - 71 человек, острый бронхит - 175, обструктивный бронхит - 302, рецидивирующий бронхит - 109, бронхиальная астма с инфекционной зависимостью - 9 человек.

Две трети пациентов поступило в отделение спустя 2-3 недели от момента начала заболевания и начинали лечение на педиатрическом участке. Учитывая современные социально-экономические условия при выборе антибактериальной терапии врачи руководствовались, в первую очередь, стоимостью препарата и наличием препаратов в аптечной сети. Как результат - основная масса больных лечилась дома ампициллином (и другими препаратами этой группы) и линкомицином. Применение этих антибиотиков и кратности их введения на педиатрическом участке (2 раза в день), привело к ухудшению состояния у 2/3 больных, особенно ЧДБ (усилился кашель, присоединился обструктивный синдром, повышалась до фебрильных цифр температура). Пациенты госпитализировались в ВОДКБ на 3-й неделе заболевания. В условиях эксперимента по совершенствованию механизма хозяйствования организаций здравоохранения Витебской области основная цель проведенного лечения - выздоровление больного в сочетании с режимом экономии лекарственных средств, то есть наименьшими материальными затратами. Тем не менее, такой группе пациентов раннего возраста с гипертермией более 3-х дней, наличием выраженных симптомов интоксикации, обструктивного синдрома и клинической картины бронхолита, бронхита и пневмонии (затяжное течение) целесообразно при поступлении назначать более дорогое, этиопатогенетическое антибактериальное лечение с учетом предшествующей терапии и нахождения больных в стационаре (цефалоспорины 2,3 поколения, полусинтетические пенициллины) с последующей коррекцией лечения в процессе обследования.